

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

N^o 426

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Carlos J. ALARCON

Né le 18 Novembre 1907, à RUBIO (Vénézuéla)

ÉTUDE SUR LES LOIS
DE LA
STÉRILISATION EUGÉNIQUE

Président : Monsieur TANON, professeur

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Carlos J. ALARCON

Né le 18 Novembre 1907, à RUBIO (Vénézuéla)

ÉTUDE SUR LES LOIS DE LA STÉRILISATION EUGÉNIQUE

Président : Monsieur TANON, professeur

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1934

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Leon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	FIESSINGER.
	Maur. VILLARET.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	Marcel LABBE.
Clinique des maladies des enfants.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses.....	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	LENORMANT.
Clinique urologique.....	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Professeurs sans chaire.....	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.
ALAJOUANINE . Neurologie et Psychiatrie.	FEY Urologie.
BENARD Henri Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BENARD Et... Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BOULIN Pathologie médicale.	GATELLIER Pathologie chirurgicale.
BROCQ Pathologie chirurgicale.	DE GAUDART
BULLIARD Histologie.	D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
CATHALA Pathologie médicale.	GAYET Physiologie.
CHABROL Pathologie médicale.	GIROUD Histologie.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.	HAGUENAU Pathologie médicale.
DOGNON Physique.	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie
DONZELOT Pathologie médicale.	HAZARD Pharmacologie.



MM.

HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBE Henri... Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE Guy. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{me} J.).. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-
 DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUENU Pathologie chirurgicale.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 SEZARY Dermatologie et syphil-
 graphie.
 TROISIERS Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur). Pathologie médicale.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT..... Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-
 LEMAIRE.... Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI
 AUBERTIN
 BRULE
 CHIRAY
 DUVOIR
 HARVIER
 LIAN
 BASSET
 CADENAT
 HEITZ-BOYER
 MOCQUOT
 MOURE
 SCHWARTZ

Clinique médicale.

Clinique chirurgicale

MM.

GUENIOT
 LE LORIER.....
 LEVY-SOLAL ..
 METZGER

Clinique obstétricale

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé. Education physique.
 FREY Stomatologie.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PERE (in memoriam)

*Que son exemple de bonté et d'intégrité
soit le guide le plus sûr et le meilleur
dans toute ma vie.*

A MA MERE

*Dont la tendresse n'a d'égale que son
dévouement. Je la prie de trouver ici l'hom-
mage reconnaissant d'un fils qui sait tout
ce qu'il lui doit.*

A MON ONCLE

*Pour le remercier de toute sa sollicitude
et des bontés qu'il m'a prodiguées.
..En témoignage de toute mon affection.*

A MES FRERES ET SŒURS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur L. TANON

Professeur d'hygiène à la Faculté de Médecine de Paris

Professeur de Médecine coloniale

Officier de la Légion d'Honneur

Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, ce dont je lui suis très profondément reconnaissant.

A MON MAÎTRE

Monsieur le Docteur H. VIGNES

Professeur agrégé d'Obstétrique
à la Faculté de Médecine de Paris
Accoucheur à l'Hospice des Enfants assistés
Professeur à l'Ecole d'Anthropologie
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a inspiré ce travail et guidé de
ses précieux conseils.*

*Qu'il trouve ici l'hommage de ma gra-
titude.*

A MES MAÎTRES DE LA FACULTE DE MEDECINE

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A Monsieur le Docteur A. DURUY
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chef de Clinique à la Faculté
Assistant à l'Hôpital Saint-Louis

*A qui nous restons reconnaissant de
tout ce qu'il nous a appris.*

A Monsieur le Docteur J. B. ASCANIO R.

*Dont je ne saurais oublier les marques
de grande amitié qu'il a bien voulu me
dispenser et en particulier à mon Père.*

A Mademoiselle M. FISCHBACH

*En témoignage de ma profonde affec-
tion.*

INTRODUCTION

La substitution des mesures préventives aux procédés curatifs est une tendance caractéristique de la médecine moderne. C'est ainsi que la prédominance de l'hygiène sur la thérapeutique proprement dite a permis à la médecine d'obtenir ses plus beaux succès, en particulier dans la lutte contre les maladies infectieuses. Le principe de la prophylaxie nous préoccupe de plus en plus et nous cherchons à poursuivre la maladie dans ses origines de plus en plus lointaines. C'est à cette préoccupation que doit sa naissance l'Eugénique. L'amélioration de la race humaine est, à vrai dire, une idée fort ancienne. Ce sont ses moyens de réalisation qui sont dus aux progrès récents de la science médicale.

Un de ces moyens de réalisation, celui dans lequel certains mettent actuellement le plus grand espoir, est la *stérilisation* des individus dont la descendance peut être préjudiciable à l'avenir de l'espèce humaine.

C'est en grande partie à cause de son actualité que nous avons entrepris l'étude de cette question. En

effet, la facilité théorique de son exécution lui semble donner actuellement une faveur sur toutes les autres méthodes de l'Eugénique. Théoriquement, il ne peut y avoir de meilleur moyen d'empêcher la propagation des maladies héréditaires qu'un obstacle radical mis devant la procréation des individus qui en sont atteints.

Lorsqu'on examine la question d'une façon plus approfondie, elle apparaît immédiatement beaucoup moins simple. Toute une foule de problèmes surgissent dont certains ne peuvent être résolus à l'état actuel de la science. Le plus important de ces problèmes, tout au moins au point de vue médical, est celui de l'hérédité *pathologique*. Sommes-nous aujourd'hui en état de dire d'une façon certaine quelles sont les maladies qui se transmettent par voie d'hérédité et suivant quels modes se transmettent-elles ? Il n'y en a qu'un relativement petit nombre pour lesquelles nous sommes suffisamment renseignés. Pour la plupart des maladies présumées héréditaires, nos connaissances sont trop vagues pour justifier une mesure aussi radicale. Ce problème sera d'ailleurs étudié en détail dans un de nos chapitres. Bien d'autres problèmes se posent encore à propos de la stérilisation : problèmes sociaux, moraux, économiques, etc. En dehors de ces problèmes théoriques, il y a lieu de tenir compte d'un certain nombre de points d'ordre pratique, comme l'abus dans la position des indications, en y mêlant des points étrangers à l'Eugénique.

On voit donc combien le problème est complexe et

combien les arguments pour et contre doivent être pesés avant de se résigner à admettre une solution aussi irrévocable. En dehors même de toutes preuves et de tout raisonnement, il est nécessaire de tenir compte de la mentalité des peuples. L'esprit latin acceptera beaucoup plus difficilement une telle mesure que ne l'ont fait les pays anglo-saxons et germaniques. Nous pouvons donc dire, malgré l'extension relativement rapide de la stérilisation légale dans les divers pays, que l'opposition d'un grand nombre de peuples empêchera encore longtemps la généralisation de ce procédé, au nom du bon sens et de la modération.

CHAPITRE PREMIER

HISTOIRE DE LA STÉRILISATION

Il est incontestable que grâce à la civilisation et grâce aux conditions dans lesquelles vit la plus grande partie de l'humanité, la sélection naturelle ne peut plus s'opérer sur l'Homme, comme sur les animaux vivant à l'état sauvage. On arrive même dans les sociétés très civilisées à ce paradoxe que les faibles qui seraient rapidement supprimés par la concurrence vitale ont une plus grande facilité de survie et de reproduction que les individus vigoureux. Aussi, y a-t-il eu, au cours de l'histoire, quelques tentatives en vue du redressement de ce paradoxe. Ainsi, il semble que Sémiramis, reine de Ninive, faisait castrer ses sujets trop faibles ou trop malades pour éviter la dégénérescence de son peuple. Citons dans le même ordre d'idées la pratique des Spartiates qui consistait à supprimer les enfants faibles et mal conformés.

En dehors de ces tentatives anciennes, on peut dire que le problème de la stérilisation eugénique n'a été posé qu'en 1779, par J. P. Franck, qui proposa la castration des malades et des faibles d'esprit, en vue de prévenir la déchéance inéluctable de la race. Dans la deuxième moitié du xix^e siècle, on a commencé à envisager ce problème sérieusement, même dans les milieux médicaux. Aux Etats-Unis d'Amérique, qui restera le pays classique de la stérilisation, le superintendant F. Hoyt Pilcher a castré 44 garçons et 14 filles à Winfield, dans l'Etat de Kansas, vers le milieu du siècle dernier. Ces tentatives constituent probablement les premières applications du procédé, mais n'étant autorisées par aucune loi, on a dû les arrêter devant l'indignation publique.

La première loi tendant à ordonner la stérilisation eugénique a été proposée, dans l'Etat de Michigan, mais elle n'a pas été votée. Si, par la suite, non sans de longues discussions, elle a pu être adoptée par un grand nombre d'Etats, cela est dû à des progrès d'ordre technique. En effet, les premiers projets visent la castration et ce n'est qu'à la fin du xix^e siècle que l'on a découvert des procédés permettant la stérilisation, sans extirpation des glandes génitales. C'est en 1881 qu'un chirurgien, S. E. Lungren, a pratiqué la première ligature des trompes afin d'éviter des grossesses ultérieures à une femme ayant subi deux césariennes. La pratique de la salpingectomie a été mise au point par un chirurgien français, A. Crimail, en 1891. Quant à la stérilisation masculine, elle a pu être

rendue possible par les travaux de Lennander, en 1897, concernant la vasectomie, ligature des canaux déférents.

Ces progrès techniques ont permis de proposer la stérilisation sans porter atteinte au fonctionnement génital. Le procédé parut ainsi beaucoup moins inhumain, et c'est sans doute à cela qu'il dut sa faveur. Les premières vasectomies ont été pratiquées dans l'Etat d'Indiana, par Harry Sharp, sans aucune sanction légale. La première loi de stérilisation a été votée dans l'Etat de Pensylvanie, en 1905, mais le gouverneur a posé son veto. La première loi complètement adoptée fut celle de l'Etat d'Indiana, en 1907. Malgré l'hostilité du gouverneur, on a stérilisé jusqu'à 1911, 873 individus de sexe masculin. En 1909, l'Etat de Washington a adopté la stérilisation, suivi peu après par l'Orégon et la Californie.

En juillet 1929, 22 Etats de l'Amérique du Nord pratiquent la stérilisation eugénique : Arizona, Californie, Connecticut, Delaware, Idaho, Iowa, Kansas, Maine, Michigan, Minnesota, Mississippi, Montana, Nebraska, New-Hampshire, North Dakota, Oregon, South Dakota, Utah, Virginia, Washington, West Virginia et Wisconsin.

Le gouvernement fédéral s'est opposé pendant longtemps à ces lois et ce n'est qu'en 1927 que la Cour Suprême des Etats-Unis reconnut qu'elles étaient conformes à la Constitution. Malgré le grand nombre d'Etats qui ont accepté la stérilisation en principe,

elle n'a été mise en pratique avec une véritable rigueur qu'en Californie. D'après Gosney et Popenœ, on a stérilisé en Californie deux fois plus d'individus que dans le reste des Etats-Unis.

*
**

Le mouvement s'est développé presque simultanément en Europe, mais son extension fut beaucoup moins rapide. Les premières stérilisations ont été pratiquées en Suisse, en 1907, sur quatre aliénés avec leur propre consentement, sans aucune autorisation légale. Depuis cette époque, en 1928, le Grand Conseil du canton de Vaud a voté une loi édictant la stérilisation des anormaux.

Avant la Suisse, une loi analogue a été proposée en Suède en 1922 sur l'avis favorable d'un comité spécialement constitué dans le but d'étudier la question. Un semblable projet a été proposé au Danemark en 1929.

En Angleterre, le problème a été étudié également, mais la loi n'a été votée que dans certaines colonies : la province d'Alberta au Canada et la Colombie britannique. Par contre, le Parlement de la Nouvelle-Zélande a rejeté le projet de loi concernant la stérilisation.

En Allemagne, le premier projet de loi concernant la stérilisation a été présenté en 1924, par le gouvernement saxon. La loi n'a été définitivement constituée

que tout récemment et constitue la loi du 14 juillet 1933. C'est elle que nous prendrons comme type de stérilisation légale.

PARAGRAPHE I. — 1° Toute personne atteinte d'une maladie héréditaire peut être stérilisée au moyen d'une opération chirurgicale, si, d'après les expériences de la science médicale, il y a lieu de croire avec la plus grande probabilité que les descendants de cette personne seront frappés de maux héréditaires graves, affectant leur constitution mentale ou corporelle.

2° Sont considérées comme atteintes d'une maladie héréditaire dans le sens de la loi toutes personnes atteintes d'une des maladies énumérées ci-dessous :

1. Faiblesse d'esprit congénitale.
2. Démence précoce.
3. Manie et mélancolie.
4. Epilepsie héréditaire.
5. Mal de Saint-Guy héréditaire (chorée d'Huntingdon).
6. Cécité héréditaire.
7. Difformités corporelles graves et héréditaires.

3° Peuvent être stérilisées également toutes personnes sujettes à des crises graves d'alcoolisme.

PARAGRAPHE II. — 1° Ont droit de faire une demande en vue de la stérilisation ceux qui doivent en être les objets. Au cas où ceux-ci ne sont pas en mesure de gérer leurs affaires, ou sont civilement incapables pour raison de faiblesse d'esprit, ou s'il s'agit de mineurs au-dessous de 18 ans, leur tuteur légal a qualité pour faire la proposition avec l'approbation du conseil de tutelle. Dans les autres cas d'incapacité limitée, la proposition, pour être valable, doit être accompagnée du consentement du tuteur. Si une personne majeure est assistée par un tuteur pour veiller sur lui, l'approbation de cette personne majeure est nécessaire.

2° La proposition doit être accompagnée d'un certificat établi par un médecin agréé par l'Etat et attestant que la per-

sonne qui doit subir l'opération de stérilisation a été mise au courant de la nature et des conséquences de la dite opération.

3° la proposition peut être retirée.

PARAGRAPHE III. — La stérilisation peut être proposée également par :

1° Le médecin d'office.

2° Le directeur de l'établissement en ce qui concerne les personnes en traitement dans un sanatorium, ou une maison de santé, ou détenues dans une maison de correction.

PARAGRAPHE IV. — La proposition doit être faite par écrit ou enregistrées auprès des agents du Tribunal de santé héréditaire. Les faits qui ont motivé la proposition doivent être prouvés par une attestation médicale ou d'une autre façon. La proposition doit être portée à la connaissance du médecin d'office par un agent du tribunal sus-mentionné.

PARAGRAPHE V. — La décision en cette manière est de la compétence du tribunal de santé héréditaire, établi dans la circonscription judiciaire où la personne à stériliser est inscrite.

PARAGRAPHE VI. — 1° Le tribunal de santé héréditaire doit être rattaché à un tribunal de première instance. Il est composé d'un juge de paix comme président, d'un médecin d'office et d'un autre médecin — agréé par l'Empire et particulièrement spécialisé dans la science de santé héréditaire. Un remplaçant doit être désigné pour chaque membre du tribunal.

2° Ne peut être président celui qui, en qualité de membre du conseil de tutelle, a statué favorablement quant à l'approbation par le dit conseil de la proposition, conformément au paragraphe 2, al. 1. Au cas où la proposition a été faite par un médecin d'office, celui-ci n'a aucune qualité pour intervenir dans la décision.

PARAGRAPHE VII. — 1° Les débats du tribunal de santé héréditaire se font à huis clos.

2° Le tribunal de santé héréditaire doit procéder aux recherches nécessaires; il peut convoquer des témoins et des experts et ordonner la comparution personnelle ainsi que l'examen médical de la personne à stériliser, ou faire amener celle-ci en cas d'absence injustifiée. En ce qui concerne l'audition et la prestation de serment des témoins et des experts ainsi que l'exclusion et la récusation des officiers de justice, les prescriptions du code de procédure civile doivent être appliquées conformément à leur sens. Les médecins interrogés comme témoins ou experts sont obligés de déposer sans égard pour leur secret professionnel. Les tribunaux et les autorités administratives, ainsi que les maisons de santé, sont obligés de fournir des renseignements au tribunal de santé héréditaire, au cas où celui-ci leur en fait la demande.

PARAGRAPHE VIII. — Le tribunal doit rendre son jugement d'après sa libre conviction en tenant compte de tous les résultats des débats et des preuves établies. La décision est prise après délibération verbale par simple majorité. La décision doit être rédigée par écrit et signée par les membres qui l'ont prise. Elle doit alléguer les raisons pour lesquelles la stérilisation a été décidée ou rejetée. La décision doit être remise au proposant, au médecin d'office et à la personne dont la stérilisation a été proposée, ou, si celle-ci n'est pas qualifiée pour faire la proposition, à son tuteur.

PARAGRAPHE IX. — Les personnes désignées sous le paragraphe 8, phr. 5, peuvent porter plainte contre la décision dans le délai d'urgence d'un mois après réception de celle-ci, soit par écrit, soit par voie d'enregistrement auprès des agents du tribunal de santé héréditaire. Cette plainte a pour effet l'ajournement de la mise en exécution. La décision sur cette plainte est de la compétence du tribunal supérieur de santé héréditaire. Au cas où l'on manque de faire usage du délai d'urgence, il sera procédé suivant les prescriptions correspondantes du code de procédure civil.

PARAGRAPHE X. — 1° le tribunal supérieur de santé héréditaire est rattaché à un tribunal présidial (régional supérieur) et étend sa juridiction sur le même territoire que celui-ci. Il est composé d'un membre du tribunal présidial, d'un médecin d'office et d'une autre médecin agréé par l'Empire et particulièrement spécialisé dans la science de santé héréditaire. Un remplaçant doit être désigné pour chaque membre. Le paragraphe 6, al. 2, est appliqué au tribunal supérieur de santé héréditaire.

2° En ce qui concerne la procédure devant le tribunal supérieur de santé héréditaire, il sera procédé suivant les paragraphes 7 et 8.

3° La décision du tribunal supérieur de santé héréditaire est définitive et sans appel.

PARAGRAPHE XI. — 1° L'opération chirurgicale nécessaire à la stérilisation ne peut être effectuée que par un médecin agréé par l'Empire à l'intérieur d'un établissement de santé. Celui-ci ne peut procéder à l'opération que si la décision ordonnant la stérilisation a été rendue définitive. Les autorités suprêmes des Etats désignent les établissements de santé et les médecins qui seront seuls qualifiés pour effectuer l'opération de stérilisation. L'opération ne peut être effectuée par un médecin ayant fait la proposition ou siégé comme assesseur dans la procédure juridique.

2° L'exécution de l'opération de stérilisation, ainsi que l'indication de la procédure qui a été suivie, doit être portée à la connaissance du médecin d'office dans un rapport rédigé par le médecin ayant effectué l'opération.

PARAGRAPHE XII. — 1° L'opération de stériliser, une fois décidée définitivement par le tribunal, doit être exécutée même contre la volonté de la personne à stériliser, sauf au cas où celle-ci a été seule à faire la proposition. Les mesures nécessaires doivent être proposées par le médecin d'office à la police. Au cas où les autres mesures restent inefficaces l'emploi de la force est admis.

2° Au cas où un nouvel examen est rendu nécessaire par

suite des circonstances nouvelles, le tribunal supérieur de santé héréditaire doit reprendre la procédure juridique et interdire provisoirement l'exécution de l'opération de la stérilisation. Si la proposition a été rejetée, la reprise n'est admissible que si des faits nouveaux et justifiant la stérilisation auront agi.

PARAGRAPHE XIII. — 1° Les frais de la procédure chirurgicale sont à la charge du trésor.

2° Au cas où il s'agit de personnes inscrites aux assurances sociales contre la maladie, les frais de l'opération médicale sont à la charge de la caisse d'assurance; pour les personnes démunies de moyens d'existence, les frais sont à la charge de l'association de bienfaisance. Dans tous les autres cas, les frais sont à la charge du trésor à concurrence des tarifs minima des honoraires médicaux et des prix moyens établis dans les établissements de santé publics, le restant étant à la charge de la personne stérilisée.

PARAGRAPHE XIV. — La stérilisation, effectuée hors du cadre de la présente loi, ainsi que l'enlèvement des glandes germinatrices, n'est admissible que si le médecin l'effectue selon les règles de l'art médical et pour conjurer un danger menaçant la vie ou la santé de celui qui est l'objet de cette opération et dont le consentement est indispensable.

PARAGRAPHE XV. — 1° Les personnes ayant participé à la procédure juridique ou à l'exécution de l'opération chirurgicale sont tenues à la plus stricte discrétion.

2° Les contrevenants à cette obligation seront punis de prison allant jusqu'à un an ou frappés d'une amende; les poursuites ne seront engagées que sur proposition. Cette proposition peut être faite également par le président.

PARAGRAPHE XVI. — 1° L'exécution de la présente loi est de la compétence des gouvernements des Etats.

2° Le siège et la juridiction des tribunaux plénipotentiaires sont fixés, sous réserve des prescriptions aux para-

graphes 6, al. 1 et paragraphe 10 al. 1, phr. 1, par les autorités suprêmes des Etats.

Celles-ci designent également les membres des tribunaux et leurs remplaçants.

PARAGRAPHE XVII. — Le ministre de l'Intérieur du Reich, d'accord avec le ministre de la Justice, ordonne les prescriptions juridiques et administratives nécessaires à la mise en application de la présente loi.

PARAGRAPHE XVIII. — La présente loi entre en vigueur à partir du 1^{er} janvier 1934.

L'adoption de la stérilisation eugénique par l'Allemagne constitue un grand triomphe pour les partisans de ce procédé. C'est le premeir cas, en effet, où un grand pays en entier met en pratique la stérilisation. Jusque-là, les cas pouvaient être considérés comme sporadiques, qu'il s'agisse des Etats de l'Amérique du Nord ou des cantons de la Suisse.

En face de ce grand pas qu'a fait cette question, le moment est venu, nous semble-t-il, d'étudier sérieusement toutes les indications de la stérilisation et d'en peser les arguments pour et contre.

CHAPITRE II

DISCUSSION DES INDICATIONS DE LA STÉRILISATION EUGÉNIQUE

La stérilisation ne peut constituer une mesure prophylactique que dans le cas des maladies incontestablement héréditaires. Ce postulat en apparence si simple soulève des problèmes importants que nous allons étudier dans ce chapitre. Il y a tout d'abord un problème général, celui de l'*hérédité morbide*, sa nature, ses conditions, ses modalités, etc. Autour de ce problème central se groupent les problèmes particuliers, concernant chaque maladie qui peut constituer une indication de la stérilisation.

La notion de la transmission héréditaire des maladies a subi au cours de ces dernières années des transformations considérables. Le développement rapide d'une science nouvelle, la Génétique, a éclairé les mécanismes les plus intimes de l'hérédité. La con-

ception nouvelle de celle-ci, due à Morgan et à son Ecole, n'a été appliquée encore que très imparfaitement à la médecine. Nous pouvons néanmoins poser en principe que toute transmission héréditaire se fait suivant les lois de Mendel. Le support du patrimoine héréditaire semble être ce que les généticiens appellent la « garniture » chromosomique. Celle-ci, comprenant $2n$ chromosomes, se constitue par l'apport paternel de n chromosomes et par l'apport maternel de n chromosomes. Les chromosomes eux-mêmes seraient constitués par une mosaïque de facteurs ou gènes. Il semble exister deux catégories de facteurs : les uns sont appelés dominants, car il en suffit d'un pour que le caractère correspondant puisse se transmettre, les autres sont les facteurs récessifs, car la transmission du caractère ne se fait que si la cellule originelle en réunit deux. Autrement dit : un caractère dominant va se manifester chez les descendants même si l'un des deux conjoints seulement en est porteur ; le caractère récessif, par contre, ne se manifesterait que si les deux procréateurs possèdent le facteur correspondant.

A côté de ces deux modes de transmission : dominant et récessif, il en existe un troisième qui est l'hérédité liée au sexe (sex-linked). On sait actuellement qu'à côté des $2n$ chromosomes, il existe un hétérochromosome ou chromosome X qui contient précisément le facteur correspondant au sexe. Mais sur ce chromosome X se localisent également d'autres facteurs dont certains sont pathologiques.

En dehors des maladies transmises suivant ces trois

modes mendéliens, on a coutume de qualifier de maladies héréditaires un certain nombre de cas qui ne sont, en réalité, que des contaminations du fœtus par la mère. Le plus important de ces cas est la syphilis dite héréditaire. A propos de celle-ci on peut discuter d'ailleurs la notion de l'hérédité. On peut admettre que le virus syphilitique peut se transmettre uniquement par les gamètes, auquel cas il s'agirait d'une véritable hérédité, quoique non chromosomique, mais protoplasmique.

En tous cas, au point de vue pratique, on ne doit ranger la syphilis parmi les maladies héréditaires à cause de sa *curabilité*. Alors que l'hérédité poursuit son rôle inexorablement, la transmission peut presque à coup sûr être empêchée par un traitement bien conduit des procréateurs.

En ne tenant donc compte que des maladies transmises par l'hérédité mendélienne, il en existe un certain nombre pour lesquelles l'hérédité ne fait plus aucun doute et pour lesquelles on connaît bien le mode exact de la transmission.

Pour un grand nombre de ces maladies on rencontre de très grandes difficultés dans l'étude de l'hérédité. L'homme n'est pas, en effet, un sujet idéal pour les études génétiques : sa descendance est trop peu nombreuse ; il ne se prête pas aux expériences de croisement et surtout la paternité ne peut jamais être établie avec une certitude scientifique. Si l'on y ajoute que les maladies dont on veut étudier d'hérédité sont elles-mêmes imparfaitement connues et qu'une même

unité nosologique peut renfermer des cas héréditaires à côté des cas manifestement acquis, on comprendra combien ces études peuvent être difficiles.

*
**

Après avoir envisagé le problème général, nous allons étudier séparément chaque cas qui constitue une indication de la stérilisation eugénique. Pour ces indications, nous allons prendre comme modèle la récente loi allemande qui, semble-t-il, a dû bénéficier de l'expérience de toutes les législations antérieures.

1° Débilité mentale congénitale

Il est actuellement très difficile de se faire une idée de l'hérédité des cas très disparates, étiquetés débilité mentale, arriération mentale, faiblesse d'esprit, etc. On sait qu'il s'agit en somme d'une insuffisance du développement intellectuel dont les degrés sont très variables : dans sa forme la plus marquée cette maladie constitue l'idiotie, dans sa forme moyenne c'est l'imbécillité et dans ses formes légères elle comprend toutes les formes de la débilité mentale proprement dite ; les lignées de débiles mentaux renferment des individus présentant diverses anomalies mentales : perversion morale, criminalité, alcoolisme, névroses, etc. Cependant, les arriérés semblent pouvoir donner des descendants d'une intelligence satisfaisante et même supérieure (Vignes).

Il existe cependant dans la littérature un certain nombre de cas cliniques où un seul individu débile a fourni une descendance nombreuse, riche en anormaux de toutes sortes. Gosney et Popenœ citent plusieurs cas de cette catégorie. Un premier cas est constitué par la famille Kallikak. Le fondateur de cette famille a eu un fils illégitime avec une femme débile. Ce fils a donné naissance pendant cinq générations à 480 descendants dont 46 étaient normaux. Par contre, ce même homme, marié par la suite à une femme normale, a eu en six générations 496 descendants dont un seul fut reconnu anormal. Dans la première famille furent représentés l'arriération mentale, la dégénérescence et le crime ; dans la seconde, il y eut des commerçants, des professeurs, des pasteurs, des avocats, des magistrats d'une haute valeur civique. Il en est de même de la famille Jukes avec six générations de 1.200 insuffisants mentaux. Dans la famille Nem, il y a eu 90 % de débiles. Il est remarquable de constater la fécondité toute particulière de ces familles d'arriérés mentaux. L'explication en est peut-être que les femmes débiles sont livrées sans défense aux instincts des hommes qui ne manquent pas d'en profiter.

Un document très important au sujet de l'hérédité de la débilité mentale est constitué par l'enquête de Rosanoff. Cette enquête porte sur les frères et les sœurs jumeaux de 95 débiles mentaux internés ou emprisonnés. Dans 35 cas il s'agissait de jumeaux univitellins, dans 33 de ces cas, les deux étaient atteints d'une anomalie. Sur les 60 cas de jumeaux bivitellins,

32 fois il en était de même. Les hommes étaient plus souvent atteints que les femmes. Dans 27 cas les jumeaux étaient de sexes différents ; 11 fois les deux étaient des débiles, 11 fois c'était l'homme et 5 fois seulement la femme.

Dans un très grand nombre de cas, il ne s'agit pas d'hérédité similaire : on trouve dans la même lignée des débiles, des pervers, des paralytiques généraux, etc. La modalité de transmission de la débilité est d'ailleurs loin d'être établie.

Boven distingue des imbécillités récessives et des imbécillités dominantes. L'idiotie amaurotique et mongolienne seraient récessives. Sans préciser davantage, Bumke pense que le risque d'hérédité est de 70 % lorsque les deux procréateurs sont des débiles et de 50 % seulement lorsque l'un des deux est un insuffisant mental. Il est tout à fait vraisemblable d'ailleurs qu'il existe des débilités congénitales non héréditaires tout au moins dans le sens mendélien. Ainsi Greig pense que le mongolisme est une maladie foetale et ne se trouve pas déterminé par le patrimoine héréditaire.

S'il est relativement facile de reconnaître les formes marquées de l'arriération mentale, il n'en est pas de même pour ses formes frustes. Les tests mentaux habituellement utilisés ne sont pas au-dessus de toute critique et si l'on s'en tenait aux résultats qu'ils fournissent, le nombre des arriérés se montrerait singulièrement élevé. Une enquête menée par Gosney dans les écoles de Los Angeles permet d'estimer à 5 % le nombre des débiles mentaux, ce qui ferait six millions

d'habitants des Etats-Unis. Une statistique anglaise montre qu'il existe quatre faibles d'esprit pour chaque millier d'habitants et presque autant de déments.

Etant donné le nombre aussi considérable de débiles, il y a lieu de se demander si tous sont justiciables d'une stérilisation préventive. Nous ne croyons pas que les formes légères de l'arriération mentale constituent une véritable maladie. La plupart des débiles sont des inadaptés qui pourraient mener une vie tout à fait normale si on les mettait dans des conditions d'existence plus simples. Le repeuplement des campagnes par les inadaptés urbains nous semble être un procédé plus rationnel et moins hasardeux que la stérilisation.

2° Démence précoce

L'hérédité de la démence précoce est mieux établie que celle du cas précédent. Il existe un grand nombre de cas d'hérédité similaire. Les enfants de schizophrènes sont souvent atteints de la maladie de leurs parents. Dans d'autres cas, on trouve une hérédité dissemblable. D'après Myerson, lorsqu'une famille présente des tares mentales, il est assez fréquent qu'au bout de deux générations un cas de démence précoce survienne. Shaw a insisté sur le facteur consanguinité dans la prédisposition à la démence précoce. Kraepelin relève dans les antécédents des schizophrènes 53 % d'hérédité nerveuse dont 33 % d'hérédité simi-

laire. Rüdin, en étudiant la descendance d'un seul schizophrène, trouve 30 à 42 % de tares mentales et une proportion bien plus élevée lorsque les deux parents sont atteints : 53 % dont 29 % d'hérédité similaire. D'après Bumke, si les deux procréateurs sont schizophrènes, la proportion des descendants malades est de 50 % ; si un seul est atteint le risque n'est plus que de 7 %.

Nissen a étudié la fécondité des schizophrènes et a trouvé que celle-ci est très basse. Malgré leur peu de fécondité, le nombre de ces malades augmente. Il faut donc chercher d'autres modes de transmission que l'hérédité similaire et alors la stérilisation devient un moyen imparfait pour faire disparaître la démence précoce.

Alvarez Nouvilas n'a trouvé que 3 cas héréditaires dans 2.600 cas de schizophrénie. Dans tous les trois, il s'agissait d'hérédité maternelle. Pour la majorité des auteurs (Wettermann, Lundborg, Rüdin), la schizophrénie constituerait un caractère récessif. Pour Rüdin, 9 à 10 % des enfants de démence précoce hériteraient de la maladie. Il faudrait donc admettre un polyhybridisme des gènes.

3° Psychose maniaco-dépressive

La transmission héréditaire de la plupart des cas de la psychose maniaco-dépressive est à peu près certaine. Il s'agit cependant d'une affection mentale

grave et fréquente : elle représenterait 10 % du nombre des aliénés. D'après Kraepelin, 80 % des cas sont héréditaires, soit hérédité similaire, soit hérédité névropathique.

Les avis sont partagés quant aux caractères dominants ou récessifs des facteurs qui déterminent cette maladie. D'après Boven, le mode de transmission peut être tantôt dominant, tantôt récessif, suivant les lignées. Pour Kohn, serait déterminé par deux gènes, l'un conditionnant les troubles endocriniens périodiques, l'autre la labilité mentale qui permettrait aux troubles endocriniens d'agir sur le psychisme. Hoffmann est partisan de la dominance, mais il admet que certains cas seraient plus faciles à interpréter si l'on pouvait admettre la récessivité.

Rüdin pense qu'il existe trois facteurs dont la présence détermine la psychose périodique. Deux de ces facteurs seraient récessifs et un dominant. Il pense que dans le cas où les deux procréateurs sont atteints de la maladie, 62,5 % des enfants naissent avec une hérédité similaire et 37,5 % avec une hérédité nerveuse dissemblable. Enfin, Lenz suppose que la psychose périodique est dominante et sex-linked. En tous cas, si une maladie est justiciable de la stérilisation, c'est bien celle-ci (Vignes).

4° Epilepsie

L'étiologie de l'épilepsie, quoique encore fort incomplètement connue, éclaire mieux la complexité du problème de l'hérédité que les cas que nous avons

étudiés jusqu'ici. Nous savons actuellement que l'épilepsie n'est pas une entité morbide. Un très grand nombre de causes peuvent réaliser le même syndrome et, parmi ces causes, il en existe de manifestement acquises : traumatismes, syphilis, tumeurs, etc. Il semble bien cependant qu'il existe une épilepsie héréditaire. Cette opinion a été soutenue par Børhave et après lui par Esquirol, par Moreau de Tours et surtout par Trousseau. Plus près de nous, Echeverria a apporté une importante statistique à l'appui de l'hérédité de l'épilepsie. Féré a retrouvé dans l'ascendant des épileptiques des antécédents similaires. Leur descendance présenterait des tares nerveuses dans 80 % des cas.

Tous les auteurs anciens sont loin d'être d'accord sur cette notion et des auteurs tels que Tissot, Pinel, Lasègue, etc., pensaient que l'épilepsie était exceptionnellement héréditaire. Les neurologues plus modernes, comme Déjerine, comme Pierre Marie ont contesté le rôle de l'hérédité dans l'étiologie de l'épilepsie. Tout au plus reconnaissent-ils que l'hérédité névropathique peut jouer le rôle de facteur de prédisposition. L'importante statistique des élèves de Pitres, Petgès et Grenier de Cardenal ne montrent d'antécédents héréditaires que dans 6 % des cas.

Parmi les auteurs modernes, l'accord n'est pas plus complet que parmi les auteurs que nous venons de citer. Mme Minkowska a rapporté la lignée complète d'un épileptique né en 1757. Il a eu six enfants morts en bas âge et 5 enfants vivants qui ont eu une des-

cendance de 400 individus. Il y a eu un grand nombre d'épileptiques et d'enfants morts en convulsions dans deux des souches actuellement survivantes. Dans une autre souche il n'y a eu qu'un seul épileptique, mais beaucoup de stérilité et de mortalité infantile. Dans une quatrième souche, la stérilité est moins fréquente, mais on y trouve 7 épileptiques et un grand nombre de sujets à comportement épileptoïde. D'après Mme Minkowska, cette lignée serait la preuve absolue de l'importance de l'hérédité dans l'étiologie de l'épilepsie. Lundborg a décrit une famille, atteinte de myoclonie-épilepsie, étudiée pendant sept générations, entre les années 1721 et 1907, portant sur 2.232 individus. On y compte, en dehors de l'épilepsie, d'autres anomalies, comme l'arriération mentale, l'idiotie et du tremblement à type parkinsonien. Sur tous ces cas, l'hérédité similaire n'existait que 17 fois, le mode de transmission semble donc être nettement récessif. Plus récemment, Ludo van Bogaert a décrit une nouvelle lignée d'épilepsie myoclonique et est arrivé à des conclusions analogues.

Le caractère dominant ou récessif de l'hérédité épileptique est encore très discuté. Snell la considère comme un caractère récessif. Tel est l'avis de Bumke également. La stérilisation des épileptiques ne peut être ordonnée systématiquement puisque la transmission de la maladie ne se fait qu'au cas où chacun des procréateurs est atteint d'épilepsie héréditaire.

Un grand nombre de lignées ont été étudiées par des auteurs américains : par Davenport et Weeks, par

Brain, par Timme, par Ganter et par Rossett. Brain a trouvé que l'épilepsie est transmise à 1 sur 20 descendants environ. L'auteur reconnaît cependant la difficulté qu'il y a à distinguer l'épilepsie héréditaire de l'épilepsie acquise, en particulier traumatique. Dans un cas, les deux parents étaient épileptiques, aussi bien que la grand'mère paternelle et un oncle paternel. Or, les 4 enfants nés de ce mariage étaient tous normaux. Ganter pense que l'épilepsie est transmise par le père aux fils et par la mère aux fils et aux filles. Gerum a trouvé également qu'il y a beaucoup plus de garçons atteints quand l'hérédité est paternelle et beaucoup plus de filles lorsqu'elle est maternelle. W. Green a même pensé que le premier né est plus souvent atteint que le second. Sur 1.000 épileptiques, 24 % étaient des premiers nés.

L'hérédité épileptique est loin d'être toujours similaire. Halford pense que l'épilepsie fait partie d'une série de troubles nerveux, caractérisés par la dégénérescence cellulaire. Green a trouvé des antécédents nerveux et mentaux dans 443 cas sur 1.000 épileptiques. L'alcoolisme existait 186 fois, la folie 210 fois, la débilité mentale 275 fois, la migraine 93 fois. L'hérédité était similaire dans 288 cas (19 pères, 24 mères, 24 grands-pères, 29 grand'mères, 83 frères et 113 oncles, tantes et cousins).

A ces chiffres impressionnants s'opposent ceux des auteurs qui ne reconnaissent pas le rôle de l'hérédité dans l'étiologie de l'épilepsie. Ainsi, Collin ne trouve qu'un seul cas héréditaire sur 140 épileptiques. Aba-

die, en se servant même des arguments des partisans de l'hérédité, la conteste. Hartenberg n'a trouvé l'hérédité que dans 3 cas sur 80. Mais c'est surtout l'autorité de Pierre Marie qui donne du poids aux arguments contre l'hérédité épileptique. Il ne conteste pas qu'il existe des cas d'épilepsie se répétant plusieurs fois dans la même famille. Il croit cependant que ce qui importe c'est la cause acquise : traumatisme, infection ou intoxication.

Il nous semble qu'il faut conclure, avec Vignes, de la façon suivante :

« Tout ce que l'on peut dire, c'est que les convulsions épileptiques peuvent se montrer soit d'une façon héréditaire, soit d'une façon familiale dans certaines familles mais alors ces convulsions sont liées à des psychoses bien caractérisées et on peut affirmer presque à coup sûr que ces psychoses sont de celles qui s'accompagnent de lésions organiques de l'encéphale. Mais ces cas sont relativement rares et, pour expliquer la pluralité des épileptiques dans une même famille, il suffit de se rappeler ce que nous disions au début de cette conférence de l'influence des traumatismes obstétricaux sur la genèse de l'épilepsie. Il est certaines femmes chez lesquelles la dystocie est presque de règle à tous leurs accouchements : aussi les enfants de ces femmes sont-ils plus particulièrement exposés aux séquelles des accouchements difficiles et par conséquent à l'épilepsie. En plus, il y a des familles où les enfants sont mal soignés, exposés à toutes les infections et cela peut être cause que plu-

sieurs enfants soient atteints d'épilepsie. D'ailleurs cette influence du manque de soins et la mauvaise hygiène des enfants sur la production de l'épilepsie est rendue manifeste par le fait bien établi que c'est dans les pays les plus arriérés, parmi les populations les plus pauvres et les plus ignorantes, que l'on voit se produire un plus fort pourcentage de cas d'épilepsie. »

On comprend donc que la stérilisation des épileptiques, en admettant même que la maladie soit directement héréditaire, est une mesure pour le moins inutile. Ajoutons à cela les difficultés de diagnostic entre l'épilepsie acquise et l'épilepsie héréditaire, et l'on comprendra sans peine que la mise en pratique de la stérilisation peut exposer à des multiples erreurs et injustices.

5° Chorée de Huntingdon

L'hérédité de la chorée de Huntingdon a été étudiée par Davenport qui a publié 4 arbres généalogiques concernant des familles américaines, toutes les 4 descendant de 6 personnes qui ont émigré en Amérique au xvii^e siècle. Dans toutes ces familles il y a eu presque 1.000 cas de chorée. On y trouve également 39 cas d'épilepsie, 19 convulsions infantiles, 41 hydrocéphales et 73 débiles. Entres a publié 15 autres familles atteintes de chorée de Huntingdon, se transmettant suivant le mode dominant. Les observations les plus intéressantes sont celles de Clarke et Mac

Arthur. Il s'agit d'un immigrant canadien, venant de l'Angleterre au début du XIX^e siècle. Ses descendants choréiques ont tous épousé des normaux et leurs enfants de la seconde et troisième générations comp- taient 33 choréiques et 12 normaux. Cette relation de 3 à 1 semble prouver la présence de deux facteurs dominants indépendants. Dans d'autres cas, le rap- port est 1 à 1, montrant l'existence d'un seul facteur dominant.

L'hérédité de la chorée chronique semble très net- tement démontrée et le mode de transmission est tou- jours dominant.

6° Cécité

Dans la catégorie des cécités héréditaires, on peut ranger un très grand nombre d'affections aboutissant à la cécité plus ou moins complète. Nous insisterons surtout sur l'atrophie optique héréditaire ou maladie de Leber, sur la rétinite pigmentaire, sur le glaucome juvénile. Nous laissons de côté les cas d'héméralopie, nyctalopie, de daltonisme, d'ectopie du cristallin, etc., dont l'hérédité est bien établie mais qui ne sont pas visés par la stérilisation eugénique.

a) LA MALADIE DE LEBER est une névrite optique ré- trobulbaire, apparaissant entre 18 et 25 ans et qui aboutit rapidement à la cécité complète. Comme Leber l'a montré lui-même, la maladie se transmet exactement comme l'hémophilie, suivant le mode ré-

cessif sex-linked. Ce sont les hommes qui en sont atteints et ce sont les femmes qui la transmettent. Roussel a observé 3 cas d'atrophie optique chez trois frères dont aucun des ascendants ne présentait cette affection en remontant jusqu'à trois générations, mais les parents dans ce cas étaient consanguins. La maladie s'est donc produite par la rencontre de deux gènes respectifs restés latents.

Des généalogies tout à fait typiques ont été publiées par Vogt et par Entres. Schürenberger a pu réunir 127 pedigrees publiés par 16 auteurs. Il existe des cas où des femmes peuvent être atteintes d'atrophie optique héréditaire. Des observations de cet ordre ont été publiées par Nettleship. Sur les 633 cas réunis par Schürenberger, il y a eu 534 hommes et 99 femmes. Les cas féminins n'existent que dans certaines lignées. D'après Kawakani, il existerait des cas de transmission dominante.

b) RÉTINITE PIGMENTAIRE. — Cette maladie consiste en une dégénérescence pigmentaire de la rétine qui débute vers l'âge de la puberté par de l'héméralopie. Puis le champ visuel se rétrécit, en commençant par la périphérie. L'acuité visuelle baisse et le sujet s'achemine vers la cécité qui l'atteint toujours avant l'âge de 40 ans. La fréquence de cette maladie serait assez grande, puisque Hata a relevé 311 cas sur 20.300 affections ophtalmologiques.

La rétinite pigmentaire s'associe souvent à d'autres maladies héréditaires : maladie de Leber, surdi-mutité, glaucome, etc.

Le mode de transmission n'est pas encore très bien connu. D'après Bell, il y aurait des cas de dominance. Dans un pédigree de Nettleship, la transmission est sex-linked. Dans les 311 cas notés par Hata, 54 cas étaient des enfants nés de mariages consanguins. Rosenstein a noté également l'importance de la consanguinité. Beckershaus et Wibaut, d'autre part, ont trouvé que dans la majorité des cas la transmission se faisait suivant le mode récessif, mais dans certains cas exceptionnels il pouvait y avoir de la dominance.

c) GLAUCOME JUVÉNILE. — C'est une affection plus rare que les précédentes, mais un glaucome apparaissant entre 15 et 25 ans doit toujours être considéré comme héréditaire. Dans la plupart des cas, le glaucome se transmet suivant le mode dominant. Ainsi, dans le cas de Macklin, de James, Courtner et Hill ont donné la généalogie d'une famille dont 17 membres sur 34, en 5 générations, ont été atteints de cette affection. Il y a donc un rapport 1 à 1, tout à fait typique, indiquant la présence d'un facteur dominant. Par contre, Kamenetzky a publié les cas de transmission sex-linked. On retrouve, en suivant les générations de glaucomateux, le phénomène de l'anticipation, la maladie frappant les individus de plus en plus précocement.

*
**

Il est donc certain qu'il existe des cécités nettement héréditaires. Sa proportion par rapport aux cécités acquises n'est pas connue. D'après Van Heunen et Oltmans, beaucoup de névrites optiques, considérées comme banales, entreraient dans le cadre des cécités héréditaires. Le diagnostic de celle-ci n'est possible qu'à l'aide de l'enquête sur les antécédents héréditaires du malade.

7° Surdité

Sous le nom de surdité héréditaire, on réunit un grand nombre d'affections de l'oreille interne qui sont : l'otospongiose, la surdité progressive labyrinthique, la presbyacousie précoce, les otoneuroses, etc. Les différentes formes de surdité héréditaire ont pu être étudiées à cause de la fréquence des mariages entre sourds-muets. Ces mariages font dans l'ensemble 10 % d'enfants sourds. Comme l'a démontré Lundborg, le mode de transmission se fait donc à la façon d'un caractère récessif. Récemment, Hammerschlag a réuni tous les cas de surdité héréditaire sous le nom commun d'h r dopathie acoustique et pense que toutes les formes, depuis la surdi-mutité jusqu'à la simple faiblesse congénitale de l'ou ie, sont dues à la présence d'un même g ne récessif.

Une enquête faite en Amérique, en 1898, par Fay, montre que dans les mariages entre deux sourds de naissance, plus de 27,71 % des descendants sont atteints de surdité totale. Lorsque seule la mère est

sourde les enfants sont atteints dans la proportion de 12,43 %, et lorsque c'est le père qui est sourd, les enfants sont frappés dans la proportion de 9,85 %. Gradenigo a réuni une statistique portant sur 132 arbres généalogiques :

	Cas	P. 100
Otospongiose	96	72
Scléroses labyrinthiques et otoneuroses	13	10
Faiblesse constitutionnelle des organes acoustiques	19	14
Surdi-mutité	4	3

Cette statistique, portant sur un total de 16.087 individus, contient 384 sourds, soit 23 %. D'après Vignes et d'après de Parrel, l'hérédité mendelienne seule ne peut rendre compte de tous les cas transmis aux descendants. Il y a lieu de tenir compte de l'influence de l'hérédo-syphilis, du neuro-arthritisme et de l'adénoïdisme.

L'enquête la plus importante, portant sur la surdité héréditaire, est celle de Graham Bell, basée sur 89.287 cas de surdité. Ses résultats peuvent être résumés de la façon suivante :

1° Quand les deux époux ont une surdité acquise, mais que l'un d'eux ou tous les deux ont des antécédents familiaux de surdité, la proportion des mariages ayant engendré des enfants sourds est, dans le premier cas, de 4 % et dans le deuxième cas, de 17 %.

2° Quand les deux époux ont une surdité congéni-

tale, mais qu'ils n'ont pas d'antécédents héréditaires, le risque de surdité est de 2,3 %.

3° Quand les deux époux sont atteints de surdité congénitale et que l'un d'eux a des antécédents familiaux de surdité, la proportion des mariages ayant engendré des enfants sourds est de 6,6 %.

4° Quand les deux époux sont atteints tous deux de surdi-mutité congénitale et qu'ils ont tous deux, ou l'un ou l'autre, des antécédents héréditaires de surdité, le pourcentage des enfants sourds est de 23,5 %.

5° Quand les deux époux sont atteints tous les deux de surdité familiale, même légère, et sont unis par des liens de sang, la proportion des enfants sourds est de 45 %.

Cette enquête a permis à de Parrel d'établir les principes directeurs suivants, concernant les mariages des sourds :

Le mariage doit être autorisé, même si les deux candidats sont atteints de surdité, s'il est bien avéré que la surdité est indubitablement acquise.

Le mariage doit être déconseillé :

1° Quand l'un des deux candidats est atteint d'otospongiose familiale ou non ;

2° Quand les deux candidats sont sourds congénitaux et que l'un d'eux a des antécédents familiaux de surdité (la proportion des mariages ayant engendré des enfants sourds est dans ce cas de 6,6 %) ;

3° Quand les deux candidats sont sourds acquis, mais que l'un d'eux ou tous deux ont des antécédents

familiaux de surdité (dans le premier cas la proportion des mariages ayant engendré des enfants sourds est de 4 %, dans le second cas de 17 %).

Le mariage doit être formellement interdit :

1° Aux candidats atteints tous deux de surdi-mutité congénitale, à plus forte raison s'ils ont l'un ou l'autre ou tous les deux des antécédents héréditaires de surdité. En ces cas le pourcentage des mariages ayant donné des enfants sourds est de 23,5 % ;

2° Aux candidats atteints tous deux de surdité familiale et présentant l'un ou l'autre ou tous deux des antécédents de syphilis héréditaire, d'alcoolisme ou de névropathie ;

3° Aux candidats atteints tous deux de surdité familiale même légère, mais unis par les liens de sang. Ces mariages consanguins donnent une proportion d'enfants sourds de 45 %.

Ces préceptes nous donnent un modèle qui permettra d'éviter la propagation des maladies héréditaires, sans que, pour cela, on soit obligé à recourir à des procédés tels que la stérilisation.

8° Difformités corporelles

On a décrit un très grand nombre d'anomalies anatomiques se transmettant héréditairement. Un certain nombre d'entre elles sont tout à fait exceptionnelles, cantonnées à une seule ou à un petit nombre de familles: brachydactylie, syndactylie, phocomélie, ectromélie, différentes dystrophies de phanères, hexadac-

tylie, luxation congénitale de la hanche, dysostose cranio-faciale, etc. Un certain nombre de maladies cutanées semblent également héréditaires : ichthyose, xeroderma pigmentosum, l'épidermolysis bulleux, certains cas de psoriasis, etc.

Il est difficile de savoir quels sont les cas particulièrement visés par les lois de stérilisation parmi ces difformités anatomiques. En tous cas, leur intérêt pour l'avenir de la race est infiniment moindre que celui des anomalies mentales. Dans la plupart des cas d'ailleurs ces sujets sont loin d'être amoindris et peuvent représenter des éléments utiles pour la société.

CHAPITRE III

INDICATIONS DE LA STÉRILISATION EUGÉNIQUE EN DEHORS DE L'HÉRÉDITÉ MENDÉLIENNE

Nous avons étudié dans le chapitre précédent diverses indications de la stérilisation, prévues par la loi allemande et pouvant être classées parmi les maladies transmises par l'hérédité mendélienne. Il nous reste maintenant à envisager les cas où l'on a pu préconiser la stérilisation, sans qu'il s'agisse d'une maladie proprement héréditaire.

Éliminons tout d'abord la stérilisation ou castration comme moyen de punition. Ce cas est prévu dans certains Etats de l'Amérique du Nord, comme peine contre les individus ayant commis des crimes sexuels : viol, attentat grave à la pudeur, etc. Cette peine est également légale à Hambourg.

Un deuxième cas est la stérilisation, non plus comme

moyen eugénique, mais comme moyen thérapeutique individuel. C'est ainsi que Kartal rapporte les observations de 19 malades opérés pour des affections mentales avec perversion sexuelle, opérés avec leur consentement et sur la responsabilité du médecin. Il s'agissait de 8 cas d'exhibionnisme, de 6 cas d'homosexualité, de 4 cas d'attentats à la pudeur sur des enfants et d'un cas de satyriasis. Sur les 16 malades suivis suffisamment longtemps, il y a eu 13 guérisons complètes avec reprise d'une vie normale, dans un car il y a eu des récides nécessitant de nouveaux internements et dans deux cas les malades ont dû être internés définitivement, l'un pour tentative de suicide.

Nous n'insistons pas sur la stérilisation pour syphilis qui a été suggérée dans quelques projets de loi, mais qui, en raison de la curabilité de la syphilis, n'est aucunement défendable.

*
**

Il importe d'insister surtout sur une des indications de la stérilisation qui figure dans la loi allemande, quoique sous une forme beaucoup moins catégorique que les indications que nous avons étudiées précédemment, cette indication est l'*alcoolisme*.

Il existe une littérature extrêmement abondante en ce qui concerne la descendance des alcooliques, l'action de l'alcool sur les fonctions de reproduction, etc. En réalité, les données strictement scientifiques,

comme le fait remarquer Vignes, sont fort peu nombreuses, et il s'agit presque toujours de faits épars, d'intérêt purement anecdotique. Il faut ajouter à cela que ces questions ne sont jamais envisagées objectivement, sans passions. On arrive ainsi à l'impression que la majorité des choses écrites sur ce sujet « tient plus du sermon que de la science » (Vignes).

Les auteurs classiques pensaient que l'alcoolisme entraînait une stérilité relative. Ce n'est que depuis les travaux de Ball et Régis, en 1884, qu'on connaît la fécondité considérable des alcooliques. Selon les statistiques déjà anciennes, réunies en 1906 par Fonquernie, la fécondité des ménages d'alcooliques serait notablement supérieure à celle des ménages normaux. Dans la statistique de Contesse il y a une moyenne par ménage un peu supérieure à 8 enfants. La statistique de Martin montre une moyenne de près de 5 enfants, celle de Etcheverria une moyenne de 4. Fonquernie lui-même a trouvé une moyenne de 6,87. Plus récemment Bergondie a fait une statistique comparée et a trouvé près de 5 enfants en moyenne par ménage, contre 2,73 dans les ménages normaux.

Il semble donc certain que l'alcoolisme n'entraîne pas la stérilité, tout au moins au début, et il s'accompagne au contraire d'un accroissement du nombre des naissances. Il s'agit d'examiner maintenant l'influence de l'alcoolisme sur la qualité de la descendance.

Il existe sur ce problème des données expérimentales et des données cliniques. Nous allons examiner

tout d'abord les faits expérimentaux. Les plus intéressantes à cet égard sont les expériences de Stockard et Craig. Ces auteurs ont réalisé chez le cobaye des conditions analogues à celles de l'intoxication humaine. Ils ont constaté que l'alcoolisme peut créer, suivant les sujets, de la stérilité, de la morti-natalité ou de la mortalité néo-natale. Les auteurs ont étudié un grand nombre de générations de cobayes pendant 12 ans. A la première génération il y a eu une grosse mortalité des jeunes pendant les trois premiers mois de la vie. Cette mortalité était de 35 % chez les descendants du seul père alcoolique et de 43 % lorsque seule la mère est alcoolique. Chez les témoins, cette mortalité est de 23 %. La grosse mortalité des petits persiste pendant les trois premières générations, puis à partir de la quatrième il y a un changement brusque : la mortalité des jeunes est de 13,5 %, au lieu de 21 % chez les témoins.

Mac Dowell et Lord ont repris ces expériences chez la souris. Dans un premier groupe ces auteurs ont réalisé une intoxication légère (en soumettant les souris à l'action peu prolongée des vapeurs d'alcool). Ce traitement ne semble avoir d'action sur le cycle génital, à part un allongement marqué de la période œstrale. Le nombre des jeunes n'est pas modifié, il n'y a pas d'accroissement de la mortalité prénatale ni de la mortalité néo-natale. On a noté seulement un léger allongement de la durée de gestation. Chez les animaux soumis à une intoxication plus massive, il n'y a pas non plus de diminution du nombre des

jeunes. Il y a par contre une diminution de la taille des descendants et une augmentation du nombre des avortements. L'alcoolisation des mâles n'augmente nullement la mortalité infantile pré ou post-natale. Les auteurs concluent que la preuve de l'action nocive de l'alcool sur la descendance n'est nullement démontrée.

Durham et Woods ont également contesté les résultats de Stockard concernant la diminution de poids des jeunes issus de parents alcooliques. En les maintenant dans des conditions d'hygiène et d'alimentation meilleures leur poids est identique à celui des témoins.

Hanson et Cooper ont étudié l'action des vapeurs d'alcool sur la faculté des rats de trouver leur nourriture dans un endroit donné. Les descendants des individus alcoolisés ne se distinguent en rien des rats normaux à ce point de vue là.

Quant aux faits cliniques, il y a lieu de distinguer trois cas : l'hérédité similiaire, la production de tares nerveuses diverses dans la descendance, enfin l'existence de monstruosités.

L'hérédité similiaire de l'alcoolisme ne paraît nullement démontrée. Grenier aurait trouvé que si un père est alcoolique, 52 % de ses enfants le sont et, dans le cas où les deux procréateurs boivent, les enfants deviennent alcooliques dans la proportion de 84 %. Lambolez a donné quelques observations à cet égard. S'il est vraisemblable que très souvent les descendants d'alcooliques le deviennent à leur tour, la

cause de cela semble résider plutôt dans le mauvais exemple, le défaut d'éducation, etc. Il y a lieu de tenir compte également de l'avis de Pearson pour qui on devient alcoolique car on possède une prédisposition mentale. Cette prédisposition pourrait à la rigueur être transmissible.

Quant à l'existence de tares mentales chez les alcooliques, il est classique de retrouver dans leur descendance des arriérés, des idiots, des instables, des épileptiques, etc. D'après Marfan, le rôle qu'on a attribué à l'alcoolisme des parents dans l'étiologie des convulsions infantiles est nettement exagéré.

Quant à l'existence de malformations fréquentes dans la descendance des buveurs, il y a lieu de se demander si les auteurs classiques, en particulier Féré, n'ont pas tenu compte insuffisamment de la syphilis, grande cause de la mortalité fœtale. Ces malformations tératologiques n'ont jamais pu être reproduites par l'expérimentation.

On voit donc combien il est difficile de savoir quel rôle joue l'alcool dans le nombre et la valeur de la descendance. La fécondité plus grande des alcooliques semble prouvée, mais elle est due sans doute à des causes surtout psychologiques (Hartemann). Quant à l'influence de l'intoxication sur la qualité de la descendance, il s'agit avant tout de savoir si les anomalies constatées sont dues à des causes congénitales ou sont la conséquence des conditions dans lesquelles l'individu s'est élevé.

CHAPITRE IV

LES ARGUMENTS EN FAVEUR DE LA STÉRILISATION

Après avoir discuté les diverses indications prévues de la stérilisation eugénique, il nous semble nécessaire d'envisager les arguments qu'on a pu apporter pour ou contre ce procédé. Nous allons étudier dans ce chapitre les arguments favorables.

1° Un premier argument est purement moral et fait appel aux sentiments de charité et d'humanité vis-à-vis des êtres mal armés pour la vie dont il est préférable d'éviter la naissance. Nous n'insistons pas sur cet argument qui ne peut être valable que si l'on admet l'efficacité du procédé.

2° A l'argument sentimental s'oppose un argument économique. Des auteurs comme Davenport, Rosanoff, etc., rapportent des chiffres impressionnants sur ce que coûtent les aliénés, les tarés, les infirmes, les criminels, etc., aux sociétés civilisées. D'après Daven-

port, un cinquième de l'impôt de l'Etat de New-York est destiné aux asiles, sans compter les frais de tribunaux, de police, etc.

La valeur de cet argument économique, pour important qu'il paraisse, est cependant limitée. Il y a une proportion relativement faible des individus qui causent des dépenses et qui sont atteints de maladies héréditaires justiciables de la stérilisation. Nous ne connaissons pas de statistique à cet égard et les résultats ne permettent pas actuellement de juger de la diminution du nombre des criminels, d'aliénés, de tarés divers à la suite de la stérilisation.

3° Nous n'attribuons pas une beaucoup plus grande valeur à l'argument surpopulation. Les conditions économiques ont beaucoup changé depuis Malthus et il ne semble pas qu'il y ait un danger de surpopulation. La surproduction, qui est la maladie actuelle de la civilisation, s'accommoderait au contraire d'une augmentation des consommateurs si ceux-ci n'étaient pas en même temps par la force des choses eux-mêmes des producteurs. Mais cela est loin de la stérilisation et on ne voit pas ce que celle-ci pourrait y changer.

4° Un argument très important par contre nous paraît être la multiplication des tarés par rapport aux individus normaux. Nous avons déjà insisté sur ce paradoxe de la civilisation qui protège le faible et le taré, alors qu'elle lance dans les luttes de la vie le fort, favorisant ainsi la multiplication d'une race inférieure. En effet, alors que les individus normaux

obligés de lutter pour vivre, sont exposés aux maladies, aux accidents, à la guerre, etc., et même dans des conditions favorables sont obligés de limiter leur descendance, les anormaux, à l'abri des soucis dans les institutions charitables, peuvent se multiplier. Non seulement la sélection naturelle est supprimée, mais il y a au contraire des conditions favorables à la reproduction des individus inférieurs. Des auteurs, comme Rosanoff, Bumke, etc., ont insisté sur l'augmentation du nombre des aliénés. Notons en plus que par une sorte de sélection sexuelle mal dirigée, les tarés se marient souvent entre eux, ce qui favorise la transmission de l'anomalie, même dans le cas où elle est récessive.

Nous ne contestons pas la nécessité de remédier à l'état actuel des choses qui peut, en effet, être menaçant pour l'avenir de l'humanité. Ce qu'il s'agit d'examiner, c'est le problème si la stérilisation est bien le procédé qui convient pour remédier à ce mal. Nous examinerons à la fin de ce travail les autres moyens qui ont pu être préconisés.

CHAPITRE V

CRITIQUES DE LA STÉRILISATION EUGÉNIQUE

Nous avons déjà esquissé dans le courant de ce travail quelques critiques sur la stérilisation, considérée comme un procédé eugénique. Nous allons résumer dans ce chapitre la plupart des arguments qui ont pu être portés contre la stérilisation. Nous les exposerons d'après un article encore inédit de H. Vignes.

1° Lorsque la stérilisation est pratiquée par contrainte, ce qui est l'immense majorité des cas, on conçoit qu'il s'agit d'une atteinte assez grave à la liberté individuelle, d'autant plus qu'elle touche à l'intégrité physique de l'individu. Il nous semble cependant que cet argument devient à peu près nul si l'on arrive à prouver que la stérilisation est un moyen justifié et efficace du relèvement du niveau de l'humanité.

2° Ce qui donne cependant une certaine force à l'argument tiré de la liberté individuelle, c'est la possibilité d'abus. De tels abus se seraient déjà produits dans l'Etat de Michigan. Une enquête y a été ouverte pour examiner les motifs invoqués pour la stérilisation d'environ 300 jeunes hommes et de 700 jeunes filles. Nous n'insistons pas ici sur les causes des abus qui peuvent être très diverses : erreurs de diagnostic, raisons personnelles voire même des raisons d'Etat, sans parler de la possibilité de malhonnêteté professionnelle qui n'est pas à écarter.

3° La stérilisation obligatoire doit tenir compte également de la possibilité de dangers que présente l'opération. Sur les 2.500 stérilisations féminines, effectuées en Californie, il y aurait eu 3 morts (Gosney et Popenœ). La proportion est minime, mais étant donné le caractère obligatoire de l'intervention, il y a néanmoins lieu d'en tenir compte. La conscience du médecin peut à juste titre s'alarmer devant ces cas mortels (Vergely).

4° Il faut compter encore avec l'état d'esprit du sujet stérilisé, afin de se mettre à l'abri de tous les reproches. Ici deux cas peuvent se présenter :

a) Comme l'a fait remarquer F. Adam, on peut se demander si l'impression d'amoindrissement qui peut résulter de la stérilisation pour l'individu n'entraîne pas dans certains cas des troubles mentaux dépressifs ou obsédants. Etant donné la place qu'occupent les préoccupations d'ordre sexuel dans la genèse des psychoses, la chose est *a priori* possible.

b) Dans d'autres cas, au contraire, il est à craindre que des sujets se sachant incapables à la fécondation ne soient portés à abuser. F. Adam a rapporté des cas de perversité érotique chez des individus stériles. Les uns cherchaient à satisfaire leurs besoins sexuels impérieux par des actes de violence ; les autres se servaient de leur infécondité comme d'un argument pour séduire des personnes craignant les risques d'une fécondation.

5° L'argument qui nous paraît de loin le plus important est l'insuffisance de nos connaissances actuelles concernant l'hérédité pathologique de l'homme. A part quelques cas pour lesquels la réalité de la transmission n'est pas douteuse et pour lesquels nous en connaissons le mode (chorée de Huntingdon, diverses cécités et surdités héréditaires, l'hémophilie et un certain nombre de difformités corporelles), dans la grande majorité des maladies nous en sommes réduits aux conjectures.

D'après H. Vignes, les difficultés sont de deux ordres :

1° « Il est parfois difficile de déterminer si une maladie est d'origine héréditaire ou s'il s'agit d'une maladie intra-utérine, d'un traumatisme obstétrical, d'une atteinte grave et sournoise du système nerveux au cours de l'enfance ». Il y a lieu d'insister particulièrement sur le rôle de la syphilis qui, aux yeux de l'opinion médicale française, à tort ou à raison, constitue encore le facteur principal des affections congénitales.

2° Nous sommes incapables d'établir un pronostic de la transmissibilité d'une tare. Cette impossibilité se manifeste même lorsqu'il s'agit d'une maladie dûment héréditaire, selon le mode dominant, dans le sens mendélien. En raison de la loi de disjonction, il n'y a qu'une partie de la descendance qui sera frappée de la maladie. Or, la descendance de l'homme est assez peu nombreuse pour que la maladie puisse sauter plusieurs générations sans se manifester. Il en est à plus forte raison ainsi lorsque le caractère pathologique est récessif. On sait que, dans ce dernier cas, les deux procréateurs doivent être porteurs du gène correspondant.

En raison de cette importante marge de variabilité, « stériliser systématiquement l'ensemble des individus atteints, c'est de toute évidence sacrifier des individus qui auraient pu être parfaitement normaux et, même, selon une objection souvent répétée des individus géniaux » (Vignes).

6° On a, en effet, objecté à la stérilisation de risquer de supprimer les génies, de niveler l'humanité. Les idées de Lombroso sur le génie-monstruosité n'ont plus beaucoup de cours, on ne peut cependant manquer d'être impressionné par la fréquence des individus exceptionnels et des anormaux dans la même famille. Holmes a apporté une contribution importante à ce sujet. On a ainsi objecté que Beethoven n'aurait jamais pu naître avec les lois de stérilisation. Il en est ainsi de bien d'autres individus exceptionnels. Le problème du génie est, en réalité, fort

complexe, et l'on peut aussi bien donner raison aux uns qu'aux autres : « Quelques idiots ou imbéciles, innocents et paisibles, qui connaîtront une vie sans grande joie ni sans grande douleur, quasi inconscients, doivent-ils être supprimés au risque de voir disparaître en même temps les génies? » se demande E. Chevallier. « Il convient de se demander si, pour un homme de génie problématique, il faut laisser venir au monde une armée d'idiots », dit inversement Schreiber. Il est absolument impossible de se prononcer actuellement.

*
**

Il est évident que l'Eugénique, à l'état actuel de nos connaissances, ne constitue que l'application des données scientifiques à l'amélioration de l'espèce. Il faut se poser sincèrement la question si, dans l'intérêt de ce but incontestablement idéal, on doit outrepasser l'insuffisance des données scientifiques, au risque de sacrifier une certaine proportion d'individus, ou bien si l'on doit attendre des connaissances plus précises pour agir.

Il nous semble qu'entre ces deux solutions, il y a un intermédiaire : c'est l'application de mesures moins radicales que la stérilisation. Il serait en effet très pénible et fort préjudiciable pour le prestige de l'Eugénique et même pour celui de l'Hygiène entière que les progrès futurs de l'Eugénique démontrent le mal fondé de certaines stérilisations. Comme il s'agit

d'un acte irréversible, il sera impossible de redresser cette « erreur judiciaire ». Tandis que si l'on se contente de mesures moins radicales, on pourra dans l'avenir modeler exactement l'Eugénique sur les progrès de la Génétique.

Ces mesures pourraient consister en un isolement pour les individus gravement atteints, en l'instauration de l'examen médical prénuptial et tous les règlements qui en découlent : interdiction des mariages consanguins dans le cas de tares possibles, interdiction de l'union entre individus atteints des mêmes maladies héréditaires, etc.

CONCLUSIONS

I. — La stérilisation des individus atteints de maladies héréditaires est destinée à prévenir la propagation de ces maladies et à empêcher la dégénérescence de l'espèce humaine. Théoriquement elle constitue, en effet, le procédé le plus sûr dont dispose actuellement l'Eugénique. Elle a été mise en œuvre tout d'abord aux Etats-Unis, puis elle s'est répandue en Europe.

II. — Pratiquement, la stérilisation ne peut se justifier que dans les cas où l'existence certaine d'une transmission héréditaire est établie. La certitude n'existe actuellement que pour certains cas de démence précoce, de psychose périodique, de cécité et de surdité. La certitude la plus grande existe pour la chorée de Huntingdon (caractère dominant) et pour certaines difformités corporelles. Encore faut-il tenir compte qu'aussi bien pour les caractères dominants que pour les caractères récessifs tous les sujets ne sont pas atteints de la maladie héréditaire.

III. — En dehors de l'hérédité mendélienne, la stérilisation a été préconisée pour punir certains délits

sexuels, pour rétablir certains déséquilibres psychiques, génitaux, et enfin pour empêcher la procréation des individus atteints d'alcoolisme grave. Nous avons examiné le problème de la descendance des alcooliques.

IV. — Parmi les arguments apportés en faveur de la stérilisation, il existe un argument humanitaire (empêcher la souffrance des sujets inférieurs au point de vue physique ou mental), un argument économique (les dépenses nécessitées par l'isolement des anormaux) et un argument proprement eugénique montrant l'envahissement de l'espèce par les anormaux dont la reproduction n'est entravée par aucun règlement.

V. — Parmi les critiques adressées à la stérilisation, nous avons retenu surtout celle qui concerne l'insuffisance et l'incertitude de nos connaissances concernant l'hérédité pathologique. En attendant d'acquérir des bases plus solides, il serait peut-être plus rationnel de se contenter de procédés moins radicaux : isolement, examen médical prénuptial, etc.

Vu :
LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT,
TANON.

Vu et permis d'imprimer

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 20 nov. 1932.
- ADAM. — *Siècle Méd.*, 1928.
- ALVAREZ NOUVILAS. — *Siglo Medico*, 16 mars 1929.
- BECKERSHAUS. — *Klin. Monatsbl. f. Augenheilk*, 1925, t. 75, p. 96.
- BERGONDIE. — L'hérédité alcoolique. La blastotoxie. *Th. Lyon*, 1930.
- BOGAERT (L. van). — *Revue Neurol.*, oct. 1929.
- BOVEN. — *Soc. suisse de Psychiatrie*, 1924, p. 8.
- BRAIN (W. R.). — *Quarterly J. of Med.*, 1926, t. 19, p. 299.
- BUMKE. — Congrès allem. de Gynécologie, 1933.
- CHEVALLIER. — La sage-femme et le puériculteur, août 1929.
- CLARK et MAC ARTHUR. — *Journ. Hered.*, 1924, t. 15, p. 63.
- DAVENPORT. — *J. of Amer. Med. Assoc.*, août 1926.
- *Proc. of Amer. Ass. f. Study of feeble-minded*, juin 1926.
- ECHEVERRIA. — *J. of the mental science*, oct. 1880.
- ENTRES. — *Zur Klinik und Vererbung der Huntington'sche Chorea*, Berlin, 1921.
- FAY. — Cité par de Parrel.
- GANTER (R.). — *Arch. f. Psych.*, 1927, t. 81, p. 395.
- GERUM. — *Ztschr. f. ges. Neur. u. Psych.*, 25 juillet 1928.
- GOSNEY et POPENOE. — *Sterilization for human betterment*. New-York, Macmillan, 1931.
- GRAHAM BELL. — Cité par de Parrel.
- GREEN (W.). — *Michigan State Med. Journ.*, 1928, p. 525.
- GREIG. — *Edinburg Med. Journ.*, 1927, t. 57, p. 321.
- HAMMERSCHLAG. — *Klin. Woch.*, 9 déc. 1933.

- HANSON et COOPER. — *Journ. of exp. Zool.*, 1930, t. 61, p. 369.
- HARTEMANN. — *Le Progrès Méd.*, 30 nov. 1929.
- VAN HEUSEN et OLTMANS. — *Nederl. Tyds. v. Geneesk.*, 18 octobre 1924.
- JAMES. — *Brit. J. of Opht.*, t. 11, p. 438.
- KAMENETZKI. — *Klin. Monatschr. f. Augenheilk.*, 1925, t. 74, p. 133.
- KAWAKAMI. — *Klin. Monatschr. f. Augenheilk.*, 1925, t. 72, p. 340.
- LAMBOLEZ. — *Le mouvement sanitaire*, p. 234.
- LUNDBORG. — *Hereditas*, 1930, t. 1, p. 35.
- MAC DOWELL et LORD. — *Arch. f. Entwicklungsmech.*, 1927, t. 110, p. 427.
- MACKLIN. — *Canad. Med. Ass. Journ.*, 1927, t. 6, p. 1191.
- MARIE PIERRE. — *Presse Méd.*, 20 janvier 1928.
- MARFAN. — *Presse Méd.*, 10 août 1921.
- MINKOWSKA (Mme). — *Soc. suisse de Psych.*, 1924, p. 5.
- MYERSON. — *L'inheritance of mental diseases*, 1925.
- NETTLESHIP. — *Transat. Opht. Soc.*, 1909, t. 29, p. 47.
- NISSEN. — *Nordisk Med. Tidskr.*, nov. 1932.
- PARREL (de). — *Presse Méd.*, 14 janvier 1931.
- PEARSON. — *Biometrika*, 1904, t. 3, p. 131; 1919, t. 12, p. 367.
- PETGES et GRENIER DE CARDENAL. — 15^e Congrès intern. de Méd., Lisbonne.
- ROSANOFF. — *Amer. J. of Psych.*, 1931, t. 11, p. 289.
- ROSENSTEIN. — *Wien. Klin. Woch.*, 24 juin 1926.
- ROSSETT. — *Arch. of Neur. et Psych.*, 1929, t. 21, p. 731.
- RÜDIN. — *Deutsche Med. Woch.*, 1929 et 28 sept. 1932.
- SCHÖNENBERGER. — *Arch. der Julius-Klau Stiftung*, 1926, t. 2, p. 59.
- SHAW. — *British Med. Journ.*, 29 sept. 1928.
- SNELL. — *Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 1921, t. 70, p. 1.
- STOCKARD et CRAIG. — *Amer. J. of Med. Sc.*, t. 167, p. 429.
- VERGELY. — *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 30 avril 1932.
- VIGNES (H.). — Certificat de mariage ou vulgarisation des notions d'Eugénique. 2^e session de l'Inst. intern. d'Anthr., Prague, 1924, p. 459.

- H. VIGNES. — Pathologie anténatale et hérédité morbide (*Progrès Médical*, n^{os} 9, 10, 13, 15, année 1924).
- Stérilisation des inadaptés sociaux. *Revue anthrop.*, juillet-sept. 1932.
 - L'épilepsie est-elle une maladie héréditaire? *Progrès Méd.*, 3 mars 1934.
 - Articles inédits à paraître prochainement dans la *Presse Médicale* de mai et juin.

(Nous sommes heureux de remercier M. le Docteur VIGNES qui a bien voulu nous confier ses notes pour la rédaction de ce travail).

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
<i>Chapitre premier.</i> — Histoire de la stérilisation....	13
<i>Chapitre II.</i> — Discussion des indications de la stérilisation eugénique	23
<i>Chapitre III.</i> — Indications de la stérilisation eugénique en dehors de l'hérédité mendélienne.....	45
<i>Chapitre IV.</i> — Les arguments en faveur de la stérilisation	51
<i>Chapitre V.</i> — Critiques de la stérilisation eugénique.	55
Conclusions	61
Bibliographie	63



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

00 00 IMPRIMEURS - ÉDITEURS 00 00

00 42, QUAI GAILLETON, 42 00

00 00 00 00 LYON 00 00 00 00



